



Grundschule Höchberg
Schulgasse 9 -11
97204 Höchberg

Tel. 0931 409 190
Fax: 0931 404 3442

Antrag auf Unterrichtsbefreiung

Klasse _____ Schüler _____
(Vor-/Zuname)

am _____ von _____ bis _____
(Datum) Stunde Stunde

Grund _____

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Der Antrag wird genehmigt.

Bitte am folgenden Schulbesuchstag einen Nachweis über den Arztbesuch vorlegen.

Bitte am folgenden Schulbesuchstag _____ vorlegen.

Der Antrag wird abgelehnt.

Höchberg, _____

Unterschrift und Stempel Schulleitung